

ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΣΧΟΛΗ ΓΕΩΤΕΧΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ

ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΕΡΒΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΧΡΟΝΙΚΗΣ
ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΦΟΙΤΗΣΗΣ
ΓΙΑ ΣΟΒΑΡΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ

Επώνυμο:.....
Όνομα:.....
Όνομα πατρός:
Τμήμα εισαγωγής:
Έτος εισαγωγής.....
Αρ. Μητρώου:
Δ/ση κατοικίας
.....
Τηλέφωνο:
.....
Email:.....

Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος
Αρ. Πρωτ.:
Ημερομηνία:

ΠΡΟΣ
ΤΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

Παρακαλώ να εγκρίνετε την αίτηση υπέρβασης της ανώτατης διάρκειας φοίτησης για σοβαρούς λόγους υγείας, υπό τις προϋποθέσεις της παρ. 4 του άρθρου 76 του ν. 4957/2022, ως ισχύει μετά την τροποποίηση του από τον ν.5224/2025 (ΦΕΚ 142/Α/2025) ΑΡΘΡΟ 130 ΠΑΡ.4 και σύμφωνα με:

- 1) την παρ. 7.3 του άρθρου 15 του εσωτερικού κανονισμού του ΔΙΠΑΕ (ΦΕΚ 3904/Β΄/2025) και
- 2) την παρ. 11 της Εγκυκλίου με αρ. πρ. 118904/Ζ1/24-09-2025(ΑΔΑ: ΛΕ8046ΝΚΠΔ ΤΙΥ) του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων.

για διάστημα εξαμήνων για σοβαρούς λόγους υγείας που αφορούν:

Επιλέξτε:

Εμένα	
Συγγενή πρώτου βαθμού εξ αίματος	
Σύζυγο ή πρόσωπο με το οποίο έχει συναφθεί σύμφωνο συμβίωσης	

Συνημμένα καταθέτω:

1. Γνωμάτευση από υγειονομική επιτροπή του Κέντρου Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ.Π.Α.) από την οποία προκύπτει η πιστοποιημένη αναπηρία και το ακριβές ποσοστό αυτής ή Γνωμάτευση από Δημόσιο Νοσοκομείο η οποία φέρει σφραγίδα από: i) Συντονιστή Διευθυντή Κλινικής ή Εργαστηρίου του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) ή ii) νόμιμα εκτελούντα χρέη Συντονιστή Διευθυντή Κλινικής ή Εργαστηρίου του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) ή iii) Καθηγητή Πανεπιστημίου ή Αναπληρωτή Καθηγητή.

2.Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης, ή αντίγραφο συμφώνου συμβίωσης. (μόνο στην περίπτωση που ο σοβαρός λόγος υγείας αφορά συγγενικό πρόσωπο).

Παροχή διευκρινήσεων στην Εγκύκλιο του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων με αρ. πρ. 118904/Ζ1/24-09-2025(ΑΔΑ: ΛΕ8046ΝΚΠΔ ΤΙΥ)

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ / / 2025

Ο /Η Αιτ.....